

記入例

児童手当

額改定認定請求書
額改定届

(宛先) 倉吉市長

提出年月日

※受付確認年月日

令和 〇 〇 〇 〇

令和 〇 〇

受給者	(ふりがな) 氏名 (法人名等)	くらよし たろう 倉吉 太郎		住所 (法人の主たる事務所の所在地)	〒682-8611 倉吉市葵町722 電話 ××× (×××) ×××		
	生年月日	昭和 平成	××・××・××	加入している 公的年金制度 の種別	ア. 厚生年金保険 ※以下の共済組合の組合員である場合 は括弧内に○を記入してください。 () 私立学校教職員共済 () 国家公務員共済 () 地方公務員等共済		
	職業	ア. 被用者 イ. 公務員 ウ. 被用者等でない者					
増額又は減額の別				増額・減額			
受給者が加入している公的年金の種別について ○をしてください。				増額に○をしてください。			
氏名	続柄	生年月日	同居・別居の別	加入している場合の 出国年月	住所	有無	関係 で、該当する 場合に○印
		平成 令和	同・別	令和 年 月		有・無	・同一・維持 ・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
		平成 令和	同・別	令和 年 月		有・無	・同一・維持 ・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
		平成 令和	同・別	令和 年 月		有・無	・同一・維持 ・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
増額又は減額の原因となる児童の兄姉等 (18歳に達する日以後の最初の3月31日を経過した後22歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者)							
「監護相当・生計費の負担についての確認書」も提出してください				住所	監護相当 の有無	生計費 負担 の有無	
倉吉 さくら	子	平成 △・△・△	同・別	令和 年 月	別居の場合は記入	有・無	有・無
増額した理由				ア. 出生 イ. その他 (多子加算対象)			
減額した理由				ク. 児童の兄姉等の生計費の負担をしなくなった ケ. 父母指定者でなくなった (児童の生計を維持する父母等の帰国) コ. 児童自立生活援助を受け、里親等に委託され、又は児童福祉施設等に入所若しくは入院するに至った サ. 児童と同居しなくなった (単身赴任の場合を除く) シ. その他 ()			
事由の発生した年月日				令和 7・4・1			
備考	※認定・改定・却下		※認定・改定・却下年月日		※認定・改定年月		※手当月額
			令和 〇 〇		令和 〇 〇		3歳未満分 3歳以上分 計 円 円

- ◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。
 ◎ ※印の欄は、記入しないでください。
 ◎ 字は、楷書（かいしょ）ではっきり書いてください。